

سهم مقیاس نگرش های ناکارآمد و خرده مقیاس های سلامت عمومی در پیش بینی و نسبت بخت ابتلا به افسردگی

امرااله ابراهیمی^{۱*}، دکتر حمید طاهر نشاط دوست^{**}، دکتر مهرداد کلانتری^{**}، دکتر حسین مولوی^{***}

دکتر قربانعلی اسدالهی[†]

^{*}دانشجوی دکتری روانشناسی - دانشگاه اصفهان، ^{**}دانشیار گروه روانشناسی - دانشگاه اصفهان، ^{***}استاد گروه روانشناسی - دانشگاه

اصفهان، [†]استاد گروه روانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

تاریخ دریافت: ۱۶/۴/۲۷ تاریخ تایید: ۱۶/۸/۲۰

چکیده:

زمینه و هدف: نگرش های ناکارآمد ممکن است زمینه ساز بروز افسردگی باشد ولی پژوهش علمی در این زمینه اندک است. هدف این مطالعه تعیین سهم نگرش های ناکارآمد و شاخص های سلامت عمومی بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) در اختلال افسردگی بوده است. **روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی - تحلیلی ۶۵ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و افسرده خویی از درمانگاه های روانپزشکی نور و نواب صفوی اصفهان و ۶۵ فرد سالم همنا براساس سن، جنس و تحصیلات انتخاب شدند. هر دو گروه مقیاس های نگرش های ناکارآمد ۲۶ گویه ای (DAS-26) و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) را تکمیل نمودند. داده ها توسط روش رگرسیون لجستیک، خطی و همبستگی پیرسون تحلیل شدند.

یافته ها: مقوله بندی نمرات مقیاس نگرش های ناکارآمد تحت دو مقوله پرخطر و کم خطر و تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد نسبت شانس بروز در افراد پر خطر ۶/۸۲ برابر افراد کم خطر (۱۶/۰۶-۲/۹، $OR = 6/82$ و $CI/95$) و همبستگی دو رشته ای نقطه ای بین نمرات نگرش های ناکارآمد و تشخیص روانپزشک ۰/۴۴ بدست آمد. همچنین خرده مقیاس های سلامت عمومی به طور معنی داری پیش بینی کننده بروز اختلال افسردگی اساسی و افسرده خویی است ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: احتمالاً نگرش های ناکارآمد عامل خطر بروز افسردگی است و جهت تعیین آسیب پذیری شناختی بیماران مبتلا به افسردگی می توان از مقیاس نگرش ناکارآمد ۲۶ گویه ای در کارآزمایی بالینی استفاده کرد.

واژه های کلیدی: سلامت عمومی، نگرش های ناکارآمد، نسبت شانس ابتلا به افسردگی.

مقدمه:

شیوع افسردگی ارتباط دارد (۴،۳،۲) سطوح بالای نگرش های ناکارآمد با دوره های طولانی تر حملات افسردگی (۵،۴،۳) و با زمان های کوتاه تر بین دوره های عود (۶) همبستگی دارد.

آسیب پذیری شناختی (Cognitive vulnerability) ممکن است به عنوان یک تمایل شبه صفت نسبت به

نگرش های ناکارآمد (Dysfunctional attitude) به عنوان یک عامل زمینه ساز در شروع دوره های افسردگی به صورت مستقیم و یا به عنوان یک عامل آسیب پذیری (Vulnerability) در تحت شرایط فشارزای محیطی تلقی شده است (۱). مطالعات قبلی با روش مقطعی نشان دادند که نگرش های ناکارآمد با

^۱ نویسنده مسئول: اصفهان - خیابان استانلاری - مرکز پزشکی نور - مرکز تحقیقات علوم رفتاری - تلفن: ۰۹۱۳۳۱۷۶۱۸۷، E-mail: a_ebrahimi@med.mui.ac.ir

تفسیر اطلاعات به سبک منفی و تحریف شده در مقابل درک ذهنی از مشکلات تلقی گردد که امکان دارد از خلال تجارب منفی اولیه به وجود آمده باشد. گرچه این پدیده به عنوان عامل خطر (Risk factor) برای افسردگی و شاید برخی از اختلالات دیگر باشد، لیکن این توان بالقوه را جهت تغییر و اصلاح در فرآیند مداخله نیز دارد (۷).

آسیب پذیری شناختی در قالب دیدگاه آسیب پذیری - تنیدگی بر مبنای دو نظریه ناامیدی و نظریه بک تبیین شده است (۷). نظریه ناامیدی مولفه آسیب پذیری را به عنوان سبک شناختی منفی (فرایند پردازش اطلاعات) تلقی می کند که توسط پرسشنامه سبک شناختی (Cognitive style questionnaire = CSQ) سنجیده می شود (۸). نظریه بک مولفه آسیب پذیری را به عنوان نگرش ناکارآمد (اعتقاد و باور غیرمنطقی) مفهوم سازی نموده است که در مقیاس نگرش های ناکارآمد عملیاتی شده است (۹). تلفیق این دو دیدگاه تحت یک ساختار واحدی به عنوان الگوی شناختی ناسازگارانه (Maladaptive cognitive patterns = MCPs) مفهوم سازی گردیده است. تحقیقات انجام شده روی الگوی شناختی ناسازگارانه (سبک شناختی منفی و نگرش های ناکارآمد) هم از ریشه های تحولی آن (۸) و هم بسط این دیدگاه به سایر آسیب های روانی حمایت می کنند (۱۰، ۱۱).

مطالعات طولی نشان داده که الگوهای شناختی ناسازگارانه شامل سبک شناختی منفی و نگرش های ناکارآمد یک عامل خطر مهم برای افسردگی است (۸). همچنین برخی مطالعات نشان داد کسانی که بر اساس DAS پرخطر یا کم خطر محسوب شدند از لحاظ نمرات افسردگی، اضطراب، بدرفتاری عاطفی در دوره کودکی، اسنادهای منفی والدین نسبت کودک، نمره نگرش های ناکارآمد

والدین، تفاوت هایی دارند. نگرش های ناکارآمد مهم ترین عامل معنی دار در پیش بینی نمرات افسردگی بیماران روانپزشکی است (۷). شانس بروز اختلالات شایع روانی طی ۱۲ ماه با افزایش نمرات مقوله بندی شده DAS به صورت معنی داری افزایش می یابد و شروع بیماری براساس نمرات DAS قابل پیش بینی است (۱۲).

برخی مطالعات آزمایشگاهی ارتباط بین نگرش های ناکارآمد و سطح 5-HT₂ و رفتارهای خودآسیب رسان را نشان داده اند. بیماران مبتلا به افسردگی تحت آزمایش، سطح پایین از آگونیسم 5-HT را در کرتکس مغز نسبت به گروه کنترل نشان دادند که ممکن است شدت بدبینی و نگرش های ناکارآمد در افسردگی را تبیین کند (۱۳). اگرچه در اغلب کارآزمایی های بالینی شناختی - رفتاری به ویژه در افسردگی، نگرش های ناکارآمد به عنوان نقطه ثقل آسیب روانی تلقی شده و شاخص اصلی تعیین اثربخشی درمان شناختی و هدف نهایی تغییرات در نظر گرفته می شود (۱۴، ۱۵)، ولی در ایران مطالعات بنیادی در خصوص تبیین افسردگی بر مبنای نگرش های ناکارآمد و تعیین سهم این متغیر در پیش بینی علایم روانشناختی بیماران افسرده و شانس بروز اختلال انجام نشده است و حتی مطالعات روان سنجی در خصوص ویژگی های مقیاس نگرش های ناکارآمد نیز در ایران ناچیز است (۱۵). بدون تردید، تعیین نگرش های ناکارآمد به عنوان متغیر وابسته و شاخص عمده تغییرات درمانی منوط به تایید این پیش فرض است که در فرهنگ ایرانی نیز نگرش های ناکارآمد آنچنان که در مقیاس نگرش های ناکارآمد عملیاتی شده است (۹)، نقطه ثقل علایم افسردگی است و سهم عمده ای در پیش بینی آسیب پذیری شناختی بیماران و شانس بروز بیماری دارد. لذا با اثبات این پیش فرض استفاده از مقیاس DAS برای سنجش اثربخشی درمان های شناختی ضد افسردگی توجیه پذیر می گردد.

هدف عمده این مطالعه تعیین سهم نگرش های ناکارآمد در تبیین آسیب پذیری شناختی و شانس بروز بیماری افسردگی بود تا در صورت اثبات این پیش فرض، استفاده از مقیاس DAS-26 در سنجش اثربخشی درمان های روانشناختی اختلال افسرده خویی توجیه پذیر گردد.

روش بررسی:

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی است، ۶۵ بیمار با میانگین سنی $30/27 \pm 5/04$ و ۳۴ درصد مذکر مبتلا به اختلالات خلقی (افسردگی اساسی و اختلال افسرده خویی) به طور تصادفی آسان از درمانگاههای روانپزشکی نور و نواب صفوی اصفهان در اردیبهشت و خرداد سال ۱۳۸۵ انتخاب شدند. گروه کنترل همتا شده بر اساس سن، جنس و تحصیلات نیز از جمعیت عادی انتخاب گردیدند. بیماران پس از مصاحبه بالینی توسط روانپزشک و تشخیص قطعی یکی از اختلالات خلقی مذکور بر اساس ملاک های DSM-IV-TR (Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed. text rev. و در صورت داشتن ملاک های ورود (داشتن زبان فارسی، تحصیلات در حد فهم سوالات، فقدان بیماری جدی نورولوژیکی، عقب ماندگی ذهنی و علائم سایکوتیک) وارد مطالعه شدند. ابزار سنجش عبارت بودند از: ۱- مقیاس نگرش های ناکارآمد، نسخه ۲۶ گویه ای (DAS-26). این نسخه توسط نویسندگان مقاله حاضر، از نسخه ۴۰ گویه ای فرم الف جهت کاربرد در جمعیت بالینی ایرانی تهیه و کیفیت روان سنجی آن تعیین شد. آلفای کرونباخ آن برابر با $r=0/92$ ، همبستگی با فرم اصلی $r=0/97$ و روایی پیش بینی آن از طریق همبستگی با نمرات GHQ-28 (General health questionnaire) در گروه بیماران و غیر بیماران $r=0/56$ بدست آمد. مقیاس DAS-26 دارای ۲۶ جمله است که آزمودنی بر اساس

مقیاس لیکرت ۷ درجه ای به آن پاسخ می دهد این مقیاس دارای چهار عامل زیربنایی شامل کامل طلبی، نیاز به تایید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد است. در مجموع گویه های مقیاس نگرش های پاتولوژیک در مورد خود، ارتباط با دیگران و آینده را بر اساس نظریه شناختی بک مورد ارزیابی قرار می دهد.

از آنجایی که نمرات مقیاس نگرش های ناکارآمد به صورت کمی و گسترده است. لذا بنا بر توصیه Oliver و همکاران (۷)، جهت تعیین آسیب پذیری شناختی و نسبت بخت بروز اختلال، افراد از لحاظ نگرش های ناکارآمد به دو گروه پرخطر و کم خطر بر اساس نقطه برش ۸۲ در مقیاس DAS-26 تقسیم شدند. نمرات مقیاس نگرش های ناکارآمد آزمودنی ها (اعم از بیمار و سالم) بر اساس نقطه برش بالینی ۸۲ مقوله بندی شد. کسانی که نمره بالای ۸۲ در این مقیاس داشتند به عنوان افراد پرخطر از لحاظ آسیب پذیری شناختی تلقی می گردند.

۲) پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): این پرسشنامه توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ تهیه شده و شامل ۴ خرده مقیاس می باشد. یکی از رایج ترین و معتبرترین مقیاس های سرند اختلالات روانپزشکی است (۱۶) آلفای کرونباخ آن در مطالعه ای در ایران برابر با ۰/۹۱ و روایی همزمان از طریق همبستگی با چک لیست مشکلات روانشناختی و مشکلات تحصیلی دانشجویان به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۵۸ بدست آمده است (۱۷).

پس از مصاحبه بالینی روانپزشک با بیماران و تشخیص قطعی اختلالات افسردگی اساسی یا اختلال افسرده خویی، در صورت داشتن ملاک های ورود، مقیاس نگرش های ناکارآمد و سپس پرسشنامه سلامت عمومی تکمیل می گردید. گروه کنترل همتا از جمعیت عمومی نیز پس از توجیه و جلب همکاری

آنها، پرسشنامه ها را تکمیل می نمودند. داده ها توسط روش های آماری رگرسیون لجستیک، خطی و همبستگی پیرسون تحلیل شدند.

یافته ها:

به منظور تعیین سهم نگرش های ناکارآمد و سایر شاخص های سلامت عمومی در پیش بینی اختلال افسردگی همچنین نسبت بخت بروز افسردگی بر مبنای نمرات مقیاس DAS-26 و خرده مقیاس های GHQ-28 داده ها توسط رگرسیون لجستیک تحلیل شدند.

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد با افزایش یک نمره در مقیاس ۲۵ آیتمی نگرش های ناکارآمد (DAS-26)، خرده مقیاس های علائم جسمانی، اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۱/۰۳۴، ۱/۰۹، ۱/۰۷ و ۴/۷۸ برابر نسبت بخت افسردگی افزایش می یابد (جدول شماره ۱).

نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک با استفاده از نمرات مقوله بندی شده نگرش های ناکارآمد نشان داد نسبت بخت افسردگی در افرادی که از نظر آسیب پذیری شناختی پرخطر مقوله بندی شده اند نسبت به کسانی

جدول شماره ۱: ضرایب پیش بینی و نسبت بخت بروز اختلال افسردگی بر حسب نگرش های ناکارآمد و شاخص های سلامت عمومی

متغیر	مقیاس ها	ضریب رگرسیون	خطای استاندارد ضریب	نسبت بخت (OR)	دامنه اطمینان ۹۵٪ (CI)	قدرت پیش بینی	
						ویژگی	قدرت کلی پیش بینی
نگرش های ناکارآمد		۰/۰۳۴	۰/۰۰۷	۱/۰۳۴	۱/۰۱-۱/۰۵	۰/۵۵	۰/۶۸
علائم جسمانی		۰/۰۴۷	۰/۰۰۸	۱/۰۶	۱/۳۷-۱/۸۸	۰/۸۱	۰/۸۶
اضطراب		۰/۰۶۴	۰/۰۱۰	۱/۰۹	۱/۵۴-۲/۳۴	۰/۸۲	۰/۸۲
اختلال کارکرد اجتماعی		۱/۳۰	۰/۲۶	۳/۷	۲/۱۸-۶/۱۴	۰/۹۰	۰/۹۳
افسردگی		۱/۵۶	۰/۳۱	۴/۷۸	۲/۶۰-۸/۷۸	۰/۸۹	۰/۹۳

که کم خطر تلقی شده اند ۶/۸۲ برابر افزایش می یابد [OR = ۶/۸۲ (۰/۹۵ CI ۲/۹-۱۶/۰۶)] (جدول شماره ۲). بین نمرات مقیاس نگرش های ناکارآمد با خرده مقیاس های علائم جسمانی ($P < ۰/۰۵$, $t = ۰/۲۰$)، اضطراب ($P < ۰/۰۱$, $t = ۰/۳۶$)، اختلال کارکرد اجتماعی

($P < ۰/۰۱$, $t = ۰/۳۸$)، و افسردگی ($P < ۰/۰۱$, $t = ۰/۴۹$) و با تشخیص روان پزشکی به عنوان شاخص های روایی ملاکی (روایی همزمان) ($P < ۰/۰۱$, $t = ۰/۴۴$) همبستگی مثبت معنی داری وجود دارد که دال بر روایی ملاکی و همزمان مقیاس DAS-26 است.

جدول شماره ۲: گروه های کم خطر و پر خطر براساس نگرش های ناکارآمد

گروه بندی	متغیر	نگرش ناکارآمد	جسمانی	اضطراب	اختلال کارکرد اجتماعی	افسردگی
DAS پر خطر ($DAS > ۸۲$)		۱۱۱/۶ ± ۱۷/۷	۷/۵ ± ۵/۶	۹/۴ ± ۴/۸	۱۰/۲ ± ۴/۲	۷/۴ ± ۵/۷
DAS کم خطر ($DAS < ۸۲$)		۵۳/۵ ± ۱۲/۴۱	۵/۶ ± ۴/۶	۵/۶ ± ۴/۸	۶/۳ ± ۳/۷	۲/۴ ± ۳/۸

-داده ها بر اساس "انحراف معیار میانگین" می باشد.

-DAS: نگرش های ناکارآمد.

یافته ها نشان می دهد نگرش های ناکارآمد که شاخص آن مقیاس DAS-26 است عامل مهمی در پدید آیی اختلال افسردگی و متغیر مهمی در پیش بینی آن است. رگرسیون خطی نیز نشان داد که پیش بینی نمرات افسردگی (خرده مقیاس افسردگی GHQ) به صورت معنی داری توسط نمرات DAS-26 قابل پیش بینی است ($P < 0/001$ ، $df = 128, 1$ و $F = 32/2$ و $R^2 = 0/201$ ، $R = 0/448$).

بحث:

هدف اصلی این پژوهش تعیین سهم نگرش های ناکارآمد و شاخص های سلامت عمومی (خرده مقیاس های GHQ-28) در پیش بینی افسردگی و همچنین نسبت بخت بروز اختلال بر اساس نمرات آزمون های GHQ-28، DAS-26 در یک مطالعه مقطعی بود. مطابق با یافته ها شواهدی مبنی بر رابطه معنی دار نمرات DAS-26، عضویت گروهی و نسبت بخت بروز اختلال افسردگی بدست آمد. نسبت بخت بروز افسردگی زمانی که نمرات DAS-26 مقوله بندی شدند یعنی به دو مقوله پر خطر و کم خطر تقسیم گردیدند (بر اساس نقطه برش ۸۲) بالاتر دیده شد. نسبت بخت بروز اختلال در کسانی که در مقوله پر خطر بر اساس نمرات DAS-26 قرار گیرند، ۶/۸ برابر افرادی است که در مقوله کمتر خطر باشند. یافته های مذکور از نتایج پژوهش Weich و همکاران مبنی بر افزایش معنی دار نسبت بخت بروز افسردگی در افرادی که از لحاظ DAS پر خطر تلقی شوند، حتی با تعدیل متغیرهای دیگر (۱۲)، حمایت می کند. همچنین این یافته ها مطابق با پژوهش Lam و همکاران (۶) مبنی بر توان پیش بینی عود افسردگی بر اساس نمرات نگرش های ناکارآمد است. تحلیل رگرسیون خطی برای پیش بین نمرات افسردگی آزمودنی ها از روی

نمرات DAS-26 حکایت از رابطه معنی دار دو متغیر مذکور داشته و با ضریب استاندارد شده $\beta = 0/448$ توان پیش بینی نمرات افسردگی از روی نمرات نگرش های ناکارآمد وجود دارد ($P < 0/001$ ، $t = 5/6$ و $\beta = 0/448$). یافته های پژوهش حاضر با یافته ها و معادله پیش بین نمرات افسردگی آزمون بک (BDI-II) از روی نگرش های ناکارآمد نسخه کوتاه توسط Oliver و همکاران (۷)، تقریباً یکسان است. در مطالعه نامبردگان نیز که از تحلیل رگرسیون خطی استفاده شده بود در گام چهارم تنها نمرات DAS و مقیاس اضطراب دو عاملی بودند که در معادله پیش بین افسردگی معنی دار باقی ماندند.

احتمالاً شاخص های سلامت نظیر اضطراب و بی خوابی، اختلال کارکرد اجتماعی و علائم جسمانی در پیش بینی آسیب پذیری بیماران افسرده سهم اند (۱۲)، لذا از خرده مقیاس های سلامت عمومی (GHQ-28) نیز به منظور آزمایش این فرض استفاده شد. بر اساس نتایج ۴ خرده مقیاس مذکور توان بالایی برای پیش بینی صحیح عضویت گروهی (افسرده-سالم) را داشته و همچنین افزایش نمره در هر کدام از این خرده مقیاس ها به صورت برجسته نسبت بخت ابتلا را افزایش می دهد. از سوی دیگر نسبت بخت ابتلا در افراد پر خطر از لحاظ مقیاس DAS نسبت به افراد کم خطر ۶/۸ برابر می شود. جمع این دو دسته یافته از نظریه استرس - آمادگی شناختی بک (۱۸) حمایت می کند. تبیین این یافته ها در قالب نظریه مذکور نشان می دهد آمادگی های شناختی (نگرش های ناکارآمد)، اضطراب و اختلال کارکردهای اجتماعی پیش بینی کننده قوی آسیب پذیری نسبت به افسردگی است. یافته های پژوهش حاضر نیز همسویی زیادی با یافته های Oliver و همکاران دارد (۷). در یافته های نامبرده اضطراب به عنوان شاخصی از احساس

محدودیت این پژوهش تا حدی مربوط به مقطعی و طرح آن که همبستگی است، می باشد. بنابراین ارتباطی که بین متغیرها دیده می شود و همچنین پیش بینی ها و تعیین نسبت بخت صرفاً آماری است و نه طولی و آینده نگر لذا در تفسیر داده ها باید به آن توجه شود. پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده با روش طولی و آینده نگر، سهم نگرش های ناکارآمد، الگوهای تفکر ناسازگارانه در بروز و تداوم سایر اختلالات روان پزشکی نیز بررسی گردد.

تشکر و قدردانی:

نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند از ریاست مرکز تحقیقات علوم رفتاری و همچنین مدیران درمانگاههای روانپزشکی نور و نواب صفوی اصفهان که همکاری لازم جهت اجرای این پژوهش را فراهم کردند تشکر نمایند.

تنیدگی درونی تلقی شده که همراه با آمادگی های آسیب پذیری شناختی دو متغیر معنی دار در پیش بینی افسردگی بوده و واریانس مشترک نسبتاً زیادی با علائم افسردگی داشت.

یافته های مهم دیگر این پژوهش، تایید کیفیت روان سنجی نسخه ۲۶ گویه ای DAS در کاربرد بالینی جمعیت ایرانی می باشد. بنا بر توصیه پژوهشگران حوزه علوم شناختی (۱۲، ۱۳)، نسخه های کوتاه شده DAS برای ارزیابی آسیب پذیری شناختی بیماران روانپزشکی مناسب تر از نسخه های بلند است. به این ترتیب به نظر می رسد نسخه ۲۶ گویه ای DAS که تهیه و کیفیت روان سنجی آن تعیین گردیده است، می تواند در تبیین آسیب پذیر شناختی و سنجش اثربخشی مداخلات شناختی - رفتاری استفاده گردد.

منابع:

1. Lam D. A cognitive theory of depression. In: Checkley S. The management of depression. Oxford: Blackwell; 1998. p: 94-124.
2. Dent J, Teasdale JD. Negative cognition and the persistence of depression. J Abnorm Psychol. 1988 Feb; 97(1): 29-34.
3. Peselow ED, Robins C, Block P, Barouche F, Fieve RR. Dysfunctional attitudes in depressed patients before and after clinical treatment and in normal control subjects. Am J Psychiatry. 1990 Apr; 147(4): 439-44.
4. Scott J, Williams JM, Brittlebank A, Ferrier IN. The relationship between premorbid neuroticism, cognitive dysfunction and persistence of depression: a 1-year follow-up. J Affect Disord. 1995 Mar; 33(3): 167-72.
5. Lewinsohn PM, Joiner TE Jr, Rohde P. Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. J Abnorm Psychol. 2001 May; 110(2): 203-15.
6. Lam DH, Green B, Power MJ, Checkley S. Dependency, matching adversities, length of survival and relapse in major depression. J Affect Disord. 1996 Apr; 37(2-3): 81-90.
7. Oliver JM, Murphy SL, Ferland DR, Ross MJ. Contributions of the cognitive style questionnaire and the dysfunctional attitude scale to measuring cognitive vulnerability to depression. Cognit Ther Res. 2007; 31(1): 51-69.
8. Alloy LB, Abramson LY, Hogan ME, Whitehouse WG, Rose DT, Robinson MS, et al. The temple-wisconsin cognitive vulnerability to depression project: lifetime history of axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. J Abnorm Psychol. 2000 Aug; 109(3): 403-18.

9. Weissman AN, Beck AT. Development and validation of the dysfunctional attitude scale. Paper presented at the annual meeting of the association for the advancement of behavior therapy. Chicago: IL. 1978.
10. Haefel GJ, Abramson LY, Voelz ZR, Metalsky GI, Halberstadt L, Benjamin M, et al. Cognitive vulnerability to depression and lifetime history of axis I psychopathology: a comparison of negative cognitive styles (CSQ) and dysfunctional attitudes (DAS). *J Cognit Psychother*. 2003; 17(1): 3-22.
11. Hankin BL, Abramson LY, Miller N, Haefel GJ. Cognitive vulnerability-stress theories of depression: examining affective specificity in the prediction of depression versus anxiety in three prospective studies. *Cognit Ther Res*. 2004; 28(3): 309-45.
12. Weich S, Churchill R, Lewis G. Dysfunctional attitudes and the common mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2003 Aug; 75(3): 269-78.
13. Meyer JH, McMain S, Kennedy SH, Korman L, Brown GM, DaSilva JN, et al. Dysfunctional attitudes and 5-HT₂ receptors during depression and self-harm. *Am J Psychiatry*. 2003 Jan; 160(1): 90-9.
14. D'Alessandro DU, Burton KD. Development and validation of the dysfunctional attitudes scale for children: tests of Beck's cognitive diathesis-stress theory of depression, of its causal mediation component, and of developmental effects. *Cognit Ther Res*. 2006; 30(3): 335-53.
۱۵. کاویانی حسین، جواهری فروزان، بحیرایی هادی. اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه. تازه های علوم شناختی. ۱۳۸۴، ۷(۱): پی در پی ۲۵، ۵۹-۴۹.
16. Molina JD, Andrade-Rosa C, Gonzalez-Parra S, Blasco-Fontecilla H, Real MA, Pintor C. The factor structure of the general health questionnaire (GHQ): a scaled version for general practice in Spain. *Eur Psychiatry*. 2006 Oct; 21(7): 478-86.
17. Molavi H. Validation, factor structure and reliability of the Farsi version of general health questionnaire-28 on Iranian students. *Pak J Psychol Res*. 2002; 17(3): 87-98.
18. Abela JR, D'Alessandro DU. Beck's cognitive theory of depression: a test of the diathesis-stress and causal mediation components. *Br J Clin Psychol*. 2002 Jun; 41(Pt 2): 111-28.